

## 障害年金請求書

① 個人番号	<b>記入不要です</b>			日中連絡可能な連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
② ふりがな 氏名	さがみ たろう <b>相模 太郎</b>		③ 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
④ 現住所	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇		⑤ 世帯主氏名	相模太郎	続柄 本人
⑧ 受けた 予防接種 実施者	⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン 臨時 2回目		⑦ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日
	⑧ 実施者	<b>相模原市長</b>		⑨ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記入 〇〇医院、〇〇公民館等
	⑩ 居住地	<b>当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください</b>			
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を 受けた年月日	令和〇年 〇月 〇日		⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地	障害の原因となった疾病について 初めて診療を受けた医療機関の名称 及び所在地を記入してください	
⑬ 経過及び障害の 現況	<b>障害の状態となるまでの経過及び障害の現状を具体的に記入してください</b>				
⑭ 障害該当年月日	令和〇年 〇月 〇日				
⑮ 施設収容の有無 及び施設名	<input checked="" type="radio"/> 有 期間 令和〇年 〇月から 令和〇年 〇月まで 施設名 〇〇会〇〇ホーム等				
⑯ 特別児童扶養 手当・障害児 福祉手当、特 別障害者手当、 福祉手当又は 障害基礎年金 の受給の有無	特別児童扶養手当	有	[ 年 月 から ] 月額 級 円	無	
	障害児福祉手当 特別障害者手当 福祉手当	有 有 有	[ 年 月 から ] 月額 級 円	無	
	障害基礎年金	有	[ 年 月 から ] 月額 級 円	無	
支給（受給）を受けている場合は その額、等級、支給を受けた期間 （年月日）及び年金証書の 年金証書の記号番号 記号番号を記入してください					
⑰ 後遺症一時金の 受給の有無	有	[ 受給年月日 年 月 日 ] 等級 級 円	無		
上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 市 町 村 長 殿 <b>相模 太郎</b>					
⑱ 同意欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。 本人署名 <b>記入・押印不要です</b> 印 （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載）				